بسمه تعالي

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي

معاونت تحقيقات و فناوري

مركز توسعه و هماهنگي تحقيقات وفناوري

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ثبت تقاضا** | | | | |
| **عنوان ارائه شده** | **فارسي** |  | | |
| **انگليسي** |  | | |
| **زمینه علمی موضوع ارائه شده** | **علوم پايه** | **علوم دارويي** | **باليني** | **تجهيزات پزشكي** |
| **سایر (ذکر شود)** |  | | |
| **محل ثبت ادعا** | **داخلی** | **خارجی** | **هردو** | **غیر قابل ثبت** |
| **نام مرجع ثبت:** |  | | |
| **شماره ثبت:**  **(طبق گواهينامه ثبت)** |  | **تاريخ ثبت:**  **(طبق گواهينامه ثبت)** |  |
| **مرجع صدور معرفي‌نامه** | **بنياد ملي نخبگان** | | | |
| **معاونت آموزشی/مركز مطالعات و توسعه آموزش پزشكي(وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي)** | | | |
| **معاونت آموزشی/مركز امور هیات علمی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي)** | | | |
| **معاونت توسعه مدیریت و منابع (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي)** | | | |
| **دانشگاه های علوم پزشكي** | | | |
| **ساير (ذكر شود)** | | | |
| **علت مراجعه** | **استفاده از تسهيلات بنياد ملي نخبگان** | | | |
| **استفاده از تسهيلات استعدادهاي درخشان** | | | |
| **استفاده از امتیاز ارتقاي اعضاي هيأت علمي** | | | |
| **استفاده از ساير (ذکر شود)** | | | |

**اينجانب صحت اطلاعات این فرم را تاييد و مسئوليت موارد مندرج در آن را به عهده مي گيرم.**

**تاريخ تكميل فرم: امضا**